

## Sisältö

- [Kansijuttu](#)
- [FINOHTA 1995](#)
- [Lukijalle](#)
- [Mitä FINOHTA tekee?](#)
- [Terveystenhuollon menetelmien arviointi ja valtakunnalliset keskusrekisterit](#)
- [Onko kohonneen verenpaineen kalliimpi hoito hintansa väärti?](#)
- [Herra Cochranen jalanjäljillä](#)
- [Konsensuskokoukset terveydenhuollon arvioinnin menetelmänä](#)
- [Muut lehdet](#)
- [Näköpiirissä](#)
- [Esittelyssä](#)
- [Mitä se on?](#)
- [Muiden arviointiyksiköiden julkaisuja](#)
- [Yhteydenottosivu](#)

# **Terveystieteiden tutkimuskeskusten arviointiyksikkö aloittanut toimintansa**

Terveystieteiden tutkimuskeskusten arviointiyksikkö FINOHTA on aloittanut toimintansa tämän vuoden alussa. Jo kauan on vallinnut laaja yksimielisyys siitä, että potilaiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä ja menettelyjä tulee arvioida objektiivisesti ja kriittisesti ja että tällä tavalla voidaan lisätä terveystieteiden vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Riittäviä voimavaroja tähän toimintaan ei aikaisemmin ole kuitenkaan osoitettu.

Teknologian arviointiyksikön perustamista ehdotti ensimmäisenä Suomen Akatemian työryhmä vuonna 1988 ja sittemmin sosiaali- ja terveyshallituksen työryhmä vuonna 1992. FINOHTAn perustaminen osuu ajankohtaan, jossa Suomen terveystieteiden tutkimus on edessään mittavia haasteita. FINOHTA tulee toiminnallaan tukemaan edessä olevia muutosprosesseja. Yksikön perustamista ei kuitenkaan tule nähdä laman aiheuttaman julkisen talouskriisin sanelemana toimenpiteenä. Teknologian arvioinnin kehittäminen olisi ollut yhtä perusteltua kaikissa olosuhteissa, sillä tavoitteena on myös hoidon vaikuttavuuden ja turvallisuuden kehittäminen.

Terveystieteiden tutkimuskeskusten arviointiyksikkö on arvioitu maassamme kauan. Pioneerityötä teki SITRA, joka vuonna 1979 julkaisi useita hoitosuosituksia. Työtä ovat jatkaneet mm. Suomen Akademia, Duodecim-seura, erikoislääkäriyhdistykset, Sairaaliitto ja kansanterveysjärjestöjen asiantuntijaneuvostot. Ongelmana on kuitenkin ollut toiminnan sirpaleisuus ja satunnainen luonne. Terveystieteiden tutkimuskeskusten arviointi ei tulevaisuudessakaan saa jäädä yksin FINOHTAn tehtäväksi. Alan tieteellisiä järjestöjä, kuntajärjestöjä, Suomen Akatemiaa ja monia muita tahoja tarvitaan toiminnassa edelleen. Yksi FINOHTAn tärkeä tehtävä onkin koordinoita teknologian arviointia maassamme ja välittää eri tahojen tuottamaa tietoa ja kokemuksia koko terveystietojärjestelmälle.

Uusi terveystieteiden tutkimuskeskusten arviointiyksikkö tulee saamaan runsaasti tukea kansainvälisestä yhteistyöstä. Kansanterveydellisesti ja taloudellisesti merkittävien hoitomenetelmien arviointitutkimus on yhden maan tutkijoille mahdoton tehtävä, mutta voimien yhdistäminen ja toiminnan koordinointi tekevät sen mahdolliseksi. Euroopan Unionin terveystieteiden tutkimusohjelmissa arviointitutkimuksen edistämiseksi on selkeä asema. Ruotsissa, Yhdysvalloissa, Englannissa, Hollannissa ja useissa muissa kehittyneissä teollisuusmaissa terveystieteiden tutkimuskeskusten arviointi on järjestetty jo useita vuosia sitten ja siihen on osoitettu runsaasti voimavaroja.

Haluan omasta puolestani toivottaa uudelle FINOHTAlle parasta mahdollista menestystä. Uusi yksikkö tuottaa moneen kertaan siihen tehdyt sijoitukset säästönä ja hoidon tason paranemisena. Suomalainen terveystietojärjestelmä on yksikön perustamisen ansiosta astunut pitkän askelen eteenpäin.

Ylijohtaja Jussi Huttunen

## Kansanterveyslaitos

**E d e l l i n e n**

**A l k u u n**

**S e u r a a v a**

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

## FINOHTA 1995

**FINOHTA** (The **F**innish **O**ffice for **H**ealth **C**are **T**echnology **A**ssessment)  
TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINTIYKSIKKÖ

### **FINOHTAn organisaatio ja voimavarat**

FINOHTA on suoraan STAKESin pääjohtajan **Vappu Taipaleen** alaisuudessa toimiva yksikkö, joka raportoi toiminnastaan STAKESissa terveydenhuollosta vastaavalle ylikjohtaja, LKT **Mauno Konttiselle**

[Yhteystiedot](#)

---

**Edellinen**

**Alkuun**

**Seuraava**

Virpi Räisänen

## Lukijalle

Ruudullanne on TA-infon ensimmäinen numero. Kuten monissa oheisissa jutuissakin todetaan, tiedon muokkaaminen ja levittäminen on FINOHTAN keskeisimpiä tehtäviä. Tämä lehtinen on siinä yksi väline. Lehteä ei kuitenkaan tehdä kirjoittajien vaan lukijoiden tarpeisiin. Siksi tarvitsemme aktiivista otetta myös teiltä lukijoilta. Kaikenlainen palaute on erittäin tervetullutta.

Terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminta eroaa tutkimustoiminnasta siinä, että arviointitoiminnalla on selkeä tavoite vaikuttaa eriasteiseen päätöksentekoon. Toiminnan tarkoituksena on antaa luotettavaa, mutta samalla käyttäjälle helposti omaksuttavaa tietoa erilaisten menetelmien tehosta ja vaikuttavuudesta niin potilaalle, käytön soveltajalle (lääkärille), sen toteuttamisessa avustavalle henkilökunnalle kuin myös menetelmien käytön rahoittajille ja rahankäytön valvojille (poliitikoille, hallintoväelle, laitosten omistajaille). Tutkijoille halutaan myös luoda väline, josta saa vinkkejä uusista tietolähteistä ja muista tutkijoista, jotka ahertavat mahdollisesti samojen tutkimusaiheiden parissa joko kotimaassa tai muualla maailmassa. Tätä varten olemme rakentamassa laajoja yhteysverkkoja terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminnan monitieteiseen maailmaan. Jo tämän alkuvuoden kokemuksen perusteella voi kertoa, että ongelmana ei ole välttämättä tiedon puute, vaan miten se saadaan tarjoiltua vaikuttavasti ja tehokkaasti.

Lehti hakee luonnollisesti vielä muotoaan. Varsinaisten pitempien juttujen lisäksi pyrimme luomaan vakiopalstoja asioille, jotka koetaan tarpeellisiksi. Ainakin alkuvaiheessa lehdessämme on oma palstansa terminologialle - jotta kaikki puhuisimme samoista asioista. Teknologia-käsitettä pyritään jatkossa korvaamaan yhä enemmän menetelmä-käsitteellä, koska se suomenkielessä on kuvaavampi, mutta niitä käytetään vielä toistaiseksi synonyymeinä. Aiemmin puhuttiin vain lääketieteellisestä teknologiasta, mutta tällä hetkellä myös muissa kielissä käytetään useimmiten käsitettä terveydenhuollon teknologia/metodit (Health Care Technology). Se kertoo osaltaan laajemmasta ja kattavammasta näkökulmasta. On kuitenkin pantava merkille, että Suomen Akatemian vuonna 1986 käyttämä määritelmä lääketieteellisestä teknologiasta sopii hyvin tälläkin hetkellä kuvaamaan FINOHTAn toiminta-aluetta.

Presidentti Mauno Koivisto totesi hiljattain puhuessaan talouspoliittisesta tutkimuksesta, että "tutkimustulokset joko kritiikittömästi otetaan vastaan tai torjutaan käytännölle vieraina". Tuttua? FINOHTAn haastava tehtävä on sekä tarjota kriittistä näkemystä että esittää asiansa käytännönläheisesti. Mutta me tämän lehtisen kokoajat ja tekijät olemme vain toinen osapuoli. Vastaanottaja puolena ovat laajan terveydenhuollon alueen toimijat. Teiltä me odotamme palautetta ja ideoita tämän lehden ja sen sisällön kehittämiseen.



Pekka Karp

## Mitä FinOHTA tekee

Terveystenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FINOHTA perustettiin kuluvan vuoden alussa. Toimintamallia on suunniteltu ja hiottu alkuvuodesta asti. Millaista on siis FINOHTAn toiminta lähitulevaisuudessa?

### Välitetään arviointitietoa

Suomessa valtakunnallisen arviointiyksikön perustoimintaan kuuluu koti- ja kansainvälisen arviointitiedon keskuksena toimiminen ja tiedon mahdollisimman tehokas välittäminen terveydenhuollon päättäjille ja asiakkaille (ns. clearing house - toiminta). Koska Suomessa arviointitutkimuksen henkiset ja aineelliset resurssit ovat rajoitetut, pyritään ulkomaisten tutkimusten tulokset hyödyntämään Suomessa sopeuttamalla ne suomalaisiin hoitokäytäntöihin. Täten kansainvälisellä yhteistyöllä on toiminnassamme keskeinen rooli. Omina tiedotuskanavana FINOHTAlla on tämä muutaman kerran vuodessa ilmestyvä uutislehti, julkaisut ja sähköinen viestintäkanava Internetissä<sup>256</sup>. Lisäksi FINOHTA järjestää kokouksia, seminaareja ja koulutusta. Syksyllä järjestämme menetelmien arvioinnin, hoito-ohjelmien tai -suositusten ja laadun kehittämistä käsitteleväntöyökouksen. Ensi lukuvuoden aikana Helsingin yliopistossa ja Teknillisessä korkeakoulussa luennoidaan teknologian arvioinnin kurssikokonaisuudet. Tiedotustoimintamme tuleva laajuus ja taso riippuu luonnollisesti käytettävissä olevista resursseista.

### Tuetaan suomalaista arviointitutkimusta

Kotimaisen arviointitutkimuksen kehittäminen on toinen tärkeä FINOHTAn toimintamuoto. Kaikkia suomalaisen terveydenhuollon tarvitsemia arviointitutkimuksia ei voida ajatella saatavan jonkun muun maan tekeminä, ja kansainvälisessä yhteistyössä mukana oleminen edellyttää arviointitiedon kartuttamista myös suomalaisin voimin. FINOHTA pyrkii kehittämään ja ylläpitämään arviointitutkimusta valtion tiede- ja teknologianeuvoston sektoritutkimuksen tuoreen yleismallin mukaisella tavalla. Sen mukaisesti FINOHTAlla on käytettävissään sitomattomia sektoritutkimusmäärärahoja, joilla se voi hankkia tutkimusta tai tukea ulkopuolisten tutkijoiden tai laitosten hankkeita. Tämän lisäksi FINOHTA hyödyntää myös STAKESissa olevia tutkimusresursseja ja osaamista. On tärkeää havaita, että arviointitutkimuksella ja sen tuloksilla tuetaan myös STM:n tutkimusstrategioita ja että menetelmien arviointi on osa sosiaali- ja terveyssektoriin liittyvää innovaatiojärjestelmää. Teknologian arvioinnilla pyritään vaikuttamaan palvelujärjestelmän laatuun edistämällä tehottomien menetelmien karsiutumista ja tehokkaiden menetelmien käyttöön leviämistä, sekä synnyttämään myös teknologian kehittämisimpulsseja.

Tutkimushankkeiden käynnistäminen ja ylläpitäminen edellyttää riittäviä ja pysyviä sitomattoman

sektoritutkimuksen mahdollistavia rahoitusjärjestelyjä. Tämä on valtion ensi ja tulevien vuosien talousarvio- ja STAKESin ja STM:n strategioiden sekä painoalueiden valintaan liittyvä kysymys. On kuitenkin selvää, että muiden kuin infinitesimaalisten vaikutusten aikaansaaminen kansantalouteen ja -terveyteen arviointitutkimuksen keinoin edellyttää marginaalista suurempaa panostusta. Tutkimusalueiden määrittelemiseksi FINOHTA on lähettänyt kyselyn tarpeellisista arviointitutkimuksista kaikille sairaanhoitopiireille, erikoislääkäriyhdistyksille ja eräille muille tahoille.

Arviointitutkimuksessa ensi vuosi on varsinainen käynnistysvuosi. FINOHTA pyrkii kuitenkin aloittamaan ensimmäiset omat hankkeet jo tämän vuoden puolella. Tätä varten olemme saaneet arviointitutkimusideoita FINOHTAn jo muodostuneiden verkostojen kautta ja otamme niitä mielellämme lisää vastaan lukijoiltamme.

## Kansainvälinen yhteistyö lisää kattavuutta ja luottamusta

FinOHTAn perustaminen seuraa monien muiden maiden esimerkkejä. Tunnettuja arviointiorganisaatioita ovat mm. Yhdysvaltojen kongressin alainen OTA, Ruotsin SBU, Kanadan CCOHTA ja Ranskan ANDEM. Arviointiorganisaatioiden välisellä yhteistyöllä voidaan oikein järjestettynä saavuttaa merkittävää lisäarvoa. Arviointityön koordinaatiolla voidaan peittää laajempi kohdealue, ja sopimalla yhteisesti arviointimetodiikasta voidaan kehittää luottamusta toisen maan saavuttamiin tutkimustuloksiin. Aloittelevalle toiminnalle kansainvälinen yhteistyö merkitsee parhaimmillaan suurta voimavarojen säästöä. EU panostaa eri tutkimus- ja tiedeohjelmissaan myös teknologian arviointitutkimuksen kehittämiseen. Euroopan Unionissa arviointitutkijat ja -organisaatiot tekevät yhteistyötä eri projekteissa, joista edustavin on Biomed 1 - ohjelmaan kuuluvat EUR-ASSESS - hanke. Viimeisimpänä mukaanliittyjänä hankkeessa on FINOHTA.

## Yhteistoiminnalla tuloksia

FINOHTAn toimintaan kohdistuu hyvin monia ja monen tahon odotuksia. Toiminnan kehittäminen asian ja merkittävyyden edellyttämälle tasolle edellyttääkin riittävää toiminta- ja tutkimushankeresurssointia. Terveystieteiden vaikuttavuuden ja tehokkuuden edistämiseen tähtäävän piskuisen arviointiorganisaation oman toiminnan vaikuttavuus ja tehokkuus tulevat kuitenkin ennenkaikkea riippumaan siitä, miten näistä odotuksista saadaan syntymään käytännöllistä ja koko terveydenhuollon kattavaa laaja-alaista arviointiyhteistyötä sekä tahtoa panna arviointitutkimuksen tuloksia käytäntöön.

---

**Edellinen**
**Seuraava**
**Alkuun**



Martti Kekomäki

## **Terveystieteiden tutkimuskeskusten tutkimusmenetelmien arviointi ja valtakunnalliset keskusrekisterit**

### **Ei uutta, mutta nyt on pakko**

Pahentuva niukkuus on pakottanut kaikki jälkijärjestyksessä olevat tutkimuskeskukset tarkastelemaan terveystieteiden tutkimusmenetelmiensä rakenteita ja toimintaa. Tämä pakko on seurausta hoitomahdollisuuksien teorian ja käytännön kasvavasta ristiriidasta: samalla kun biotekniikka tarjoaa uusia keinoja diagnostiikan ja terapian käyttöön, keinojen soveltamiseen tarvittavat voimavarat eivät juuri kasva tai suorastaan pienentyvät, kuten meillä Suomessa on käynyt. Niukkuus pakottaa pohtimaan, kuinka rajalliset voimavarat tulisi viisaimmin käyttää. On syntynyt nopeasti joukko tavallaan "uusia" opillisia tapoja punnita terveystieteiden tutkimuksen järkevyyttä. Lainausmerkit sanaan tarvitaan sen takia, ettei mikään näistä opinaloista, esimerkkeinä terveystaloustiede, työnjohdollinen kustannuslaskenta, jatkuvaan laadunparantamiseen tähtäävä toiminta, rationaalisen päätöksenteon tukeminen ja terveystieteiden tutkimusmenetelmien formaalinen arviointi, ole mitenkään vasta nyt ensimmäistä kertaa käytössä: niiden soveltaminen on kuulunut itsestään selvästi terveystieteiden tutkimuksen parhaaseen perinteeseen jo pitkään. Uutta on pikemminkin vain se, että tutkimusmenetelmien arvo on niukkuuden pahentuessa käynyt nopeasti kiistattomaksi.

### **Tutkimusmenetelmien ja tulosten arviointi tavaksi**

Terveystieteiden tutkimusmenetelmien järjestelmällinen arviointi pyrkii parantamaan koko toiminnan tuloksellisuutta, kun tämä tulkitaan parhaaksi saavutettavissa olevaksi kustannusten ja vaikuttavuuden suhteeksi. Tähän tavoitteeseen edetään punnitsemalla vaihtoehtoisten tutkimusstrategioiden ja hoitotapojen tuloksellisuutta ja niiden synnyttämiä kustannuksia ja tukemalla aktiivisen tiedottamisen avulla parhaiksi todettujen tutkimus- ja hoitokäytäntöjen leviämistä. Terveystieteiden tutkimusmenetelmien arviointi voi soveltaa rinnan monia keinoja. Tavallisimmin toiminta nojaa eteneviin monikeskustutkimuksiin, jotka keskittyvät johonkin tunnettuun ongelmaan. Tämä ratkaisu tulee saamaan tukea varmasti myös Suomessa. FINOHTAn osaksi jää punnita asiantuntijaverkkonsa kautta kohdeongelmien keskinäistä tärkeyttä ja tukea yksiköiden yhteistyötä ja tulosten käsittelyä ja niiden julkistamista.

### **Hyvät rekisterit: suomalainen ylpeydenaihe**

Suomessa terveystieteiden tutkimusmenetelmien arviointi voi silti soveltaa muitakin keinoja, joita ei ole muissa maissa ainakaan yhtä helposti tarjolla. Maamme terveystieteiden tutkimuksen kehittyneet keskusrekisterit antavat harvinaisen tuen käytävälle arviointityölle. Rekisterit paljastavat hoitokäytäntövaihteluita eli

paikantavat pulman, minkä voi otaksua johtavan eri toimintatapojen paremmuuden keskinäiseen punnitsemiseen ja sitten sekä rakenteiden että itse toiminnan tarpeelliseen muuttumiseen. Jatkuva rekisteröinti tukee lisäksi saadun muutoksen säilyttämistä.

## Rekisterit kertovat kummia: pari esimerkkiä

Rekistereistä mm. syntymärekisteriä (esim. keisarinleikkausten prosenttiosuus synnytyksistä) ja nykyisin Lääkelaitoksen ylläpitämää endoproteesirekisteriä (esim. proteesien merkkikohtainen toiminta-aika) on jo aikaisemmin sovellettu terveydenhuollon menetelmälliseen arviointiin. Tietosisällöltään laajentuva hoitoilmoitusrekisteri (HILMO) tukee teknologian arviointityötä vielä laaja-alaisemmin.

Pari esimerkkiä kuvaa informaatio-ohjauksen mahdollisuuksia: Lasten traumatologisten hoitomenetelmiä arvioitiin 1987 alkaneessa aikasarjassa käyttäen väestöpohjina maan viittä erityisvastuualuetta. Hoitokäytännöt määriteltiin HILMO-tietojen perusteella koskemaan lasten aivotärähdyksen ja olkaluun murtuman hoitoa. Hoidot luokiteltiin uusimman tiedon pohjalta joko 'vanhoiksi' taikka 'nykyaikaisiksi'. Todettiin ensiksikin, että kolmella erityisvastuualueella viidestä toisen vamman 'vanhaan' hoito assosioitui merkitsevästi myös toisen vamman 'vanha' hoito; lisäksi havaittiin, että alueellinen hoitokäytäntö pysyi vuosienkin aikavälillä hämmästyttävän muuttumattomana.

Täydentämällä HILMON antamaa toimintatietoa Suomen Kuntaliiton keräämällä kustannustiedolla saatiin kuvaamaan 15 ei-yliopistollisen keskussairaalan silmätautien alan tuottavuudesta. Vaikka eri piirien väestöön suhteutetut erikoissairaanhoidon kokonaisvoimavarat olivat karkeasti samansuuruiset, eri sairaaloiden toimintaprofiilit vaihtelivat yllättävän paljon. Kun mittarina käytettiin kaihikirurgista aktiivisuutta (mikä on keskussairaalatason silmäkirurgian ylivertaisesti tärkein tuote), tuottavuuserot olivat moninkertaiset. Näin rekistereihin perustuva menetelmällinen arviointityö osoittaa harhaksi sen uskomuksen, että voimavaraohjaus riittäisi takaamaan terveystalouden alueellisen tasa-arvotavoitteen saavuttamisen: syy eroihin on eri yksiköiden kyvyssä soveltaa toimintaansa terveydenhuollon nykyaikaisimpia menetelmiä.

## Tiedon arvo säilyy

Keskusrekisteritiedon arvo on jatkossa entistä suurempi. Tiedon huolellinen ja viiveetön tallettaminen, nopea prosessointi, analoginen tulostaminen ja palauttaminen antavat palveluyksiköille itselleen monia muita tapoja huokeamman ja syyllistämättömän tavan oman toimintansa menetelmälliseen kehittämiseen.

Ylilääkäri Martti Kekomäki on FinOHTAn klinisen lääketieteen asiantuntija.

## STAKESIN REKISTERIT

- **Epämuodostumarekisteri**
- **Poisto-/hoitoilmoitusrekisteri HILMO**
- **Näkövammarekisteri** (tekninen ylläpito: Näkövammaisten keskusliitto ry.)

- **Raskaudenkeskeyttämis- ja sterilöimisrekisteri**
- **Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajat**, sisältää seuraavat nykyrekisterit:
  - Sairaalarokisteri,
  - Sosiaalihuollon yksityiset palvelutuottajat ja
  - Yksityiset terveydenhuollon avopalvelujen tuottajat
- **Syntymärekisteri**
- **Syöpärekisteri** (tekninen ylläpito: Suomen Syöpäyhdistys ry.)
- **Terveydenhuoltohenkilöstö TERHIKKI**

Tiedustelut STAKESin Tilastot- ja rekisterit-yksikkö

Puh. (90) 39 671 Fax (90) 3967 2459

**Edellinen**

**Alkuun**

**Seuraava**

Harri Sintonen

## Onko kohonneen verenpaineen kalliimpi hoito hintansa väärä?

*(Tiivistelmä tutkimuksesta Johannesson M.: The cost-effectiveness of the switch towards more expensive antihypertensive drugs. Health Policy 28, 1994, 1-13)*

### Kohonneen verenpaineen hoito on käymässä Suomessa aiempaa kalliimmaksi

Kohonnutta verenpainetta sairastavien potilaiden hoidossa ollaan siirtymässä yhä suuremmassa määrin diureeteista ja beetasalpaajista kalsiumin ja ACE:n estäjiin eli aikaisempaa huomattavasti kalliimpiin lääkkeisiin. Suomessa tämä kehitys kulutuksessa näkyy alla olevasta kuviosta. Koska erityiskorvattavaa verenpainelääkitystä saavia on suuri määrä (Suomessa noin 440 000 vuoden 1994 lopussa), on lääkevalinnan muutoksesta seurauksena huomattavia kustannuslisäyksiä. Kohonneen verenpaineen lääkehoidon kokonaiskustannukset ovat nykyisin noin 600 miljoonaa markkaa vuodessa. Suomen lääke-tilaston perusteella myynti kasvoi vuonna 1993 edellisestä vuodesta 4-5%. Tällöin herää väistämättä kysymys, saadaanko lisääntyvien kustannusten vasta-painoksi lisää terveyshyötyjä eli onko siirtyminen kalliimpiin lääkkeisiin kustannus-vaikuttavuuden näkö-kulmasta perusteltua.

### Hoitoverailu Ruotsissa

Johannesson on tutkinut tätä kysymystä Ruotsissa. Hän mittasi terveyshyötyjä eli vaikuttavuutta saavutettuina lisäelinvuosina ilman mitään elämänlaatupainotusta. Kustannukset laskettiin nettokustannuksina eli hoitokustannuksista vähennettiin alentuneen sydän- ja verisuonisairastavuuden vuoksi säästyneet kustannukset. Tutkimuksessa suoritettiin kolme vertailua. Ensiksi verrattiin hoitoa diureeteilla ja beetasalpaajilla tilanteeseen ilman hoitoa. Toiseksi arvioitiin kalsiumin ja ACE:n estäjien marginaalinen kustannus-vaikuttavuus -lisäkustannukset jaettiin saavutetuilla lisäelinvuosilla- verrattuna diureetteihin ja beetasalpaajiin. Kolmanneksi verrattiin kalsiumin ja ACE:n estäjiä tilanteeseen ilman hoitoa. Tämä vertailu on oleellinen, jos hoito diureeteilla tai beetasalpaajilla ei ole mahdollista. Vaikuttavuus arvioitiin simulointimallilla, joka perustuu Framinghamin sydäntutkimuksen tuloksiin. Kun toistaiseksi ei ole olemassa kontrolloituihin klinisiin kokeisiin perustuvia todisteita siitä, että kalsiumin ja ACE:n estäjät johtaisivat suurempaan sydäntautien ja aivohalvauksen riskin alenemiseen tai parantuneeseen elämänlaatuun vaihtoehtoisin lääkkeisiin verrattuna, perustui analyysi oletukseen, että kalsiumin ja ACE:n estäjät vähentäisivät sydän-tautien riskiä epidemiologisesti odotetulla tavalla. Näin ollen tulokset perustuvat optimistisimpiin oletuksiin kalsiumin ja ACE:n estäjien vaikutuksista.

Tulokset osoittivat, että verrattuna tilanteeseen ilman hoitoa, lisäkustannus saavutettua lisäelinvuotta kohden vaihteli eri potilasryhmissä diureetteja ja beetasalpaajia käytettäessä 3 000 kruunusta 1.8 miljoonaan kruunuun. Yli 45 vuotiailla diastolisen verenpaineen ollessa yli 95 mmHg hoito oli kustannuksia säästävää eli se säästi enemmän kustannuksia kuin aiheutti. Verrattuna diureet-teihin ja beetasalpaajiin lisäkustannus saavutettua lisä-elinvuotta kohden vaihteli eri potilasryhmissä kalsiumin ja ACE:n estäjiä käytettäessä 54 000 kruunusta 6.2 miljoonaan kruunuun. Missään potilasryhmässä hoito ei ollut kustannuksia säästävää, mutta lisäkustannus oli pienimmillään yli 45 vuotialilla diastolisen verenpaineen ollessa yli 100 mmHg vaihdellen tällöin eri potilas-ryhmissä 54 000 kruunusta noin 500 000 kruunuun. Verrattuna tilanteeseen ilman hoitoa, lisäkustannus saavutettua lisäelinvuotta kohden vaihteli eri potilas-ryhmissä kalsiumin ja ACE:n estäjiä käytettäessä 4 000 kruunusta 3.3 miljoonaan kruunuun. Yli 45 vuotiailla diastolisen verenpaineen ollessa yli 105 mmHg hoito oli kustannuksia säästävää.

## Suositukset suomalaisille

Johannessonin johtopäätös oli, että kalsiumin ja ACE:n estäjät voivat olla potentiaalisesti kustannus-vaikuttavia sellaisilla potilasryhmillä, joilla on suuri sydäntaudin riski. Jotta näiden estäjien käyttöä ensisijaisena valintana voitaisiin suositella edes näissä potilasryhmissä, on ainakin osoitettava, että nämä lääkkeet todella tuottavat pienentävät riskiä ja parantavat elämänlaatua enemmän kuin diureetit ja beetasalpaajat korkeampien kustannusten vastapainona. Tämänhetkisen tiedon valossa kalsiumin ja ACE:n estäjiä ei voida suositella verenpaineen hoitoon missään potilasryhmässä, jos hoito diureeteilla tai beetasalpaajilla on mahdollista. Ei liene mitään syytä otaksua, etteivätkö nämä johtopäätökset soveltuisi myös Suomeen. Myös Suomen Sydän-tautiliiton työryhmän 1994 antaman valtakunnallisen suosituksen mukaan (Suomen lääkäri-lehti 17/94) diureetit ja beetasalpaajat ovat kohonneen verenpaineen hoidossa ensisijaislääkkeitä.

Apulaisprofessori, valtiotieteen tohtori Harri Sintonen toimii FINOHTAn terveystaloustieteen asiantuntijana. Yhteystiedot toisaalla tässä lehdessä.

**Edellinen**

**Alkuun**

**Seuraava**

Marjukka Mäkelä

## Herra Cochranen jalanjäljillä

Lääketieteen tavoitteena on auttaa potilaita. Sen perustana on tieteellisen tutkimuksen antama näyttö hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. Kuitenkin esimerkiksi Länsi-Euroopan eri maissa suositellaan poski-ontelon tulehduksen hoidoksi joko särkylääkettä, vasokonstriktoria, antihistamiinia, bakteerilääkettä, punktiota, näiden eri yhdistelmiä tai ei mitään. Jokainen näistä toimista on osoitettu vaikuttavaksi yhdellä tai useammalla tutkimuksella.

Lääketieteen alaan kuuluvia tutkimuksia julkaistaan maailmassa yli neljäsataa päivässä - vuosittain noin 150 000. On kohtuutonta olettaa, että jokainen klinikko seuraisi itse edes oman alansa tutkimusta koko laajalla kentällä. Useimmat lääkärit pysyttelevät ajan tasalla seuraamalla muutamia keskeisiä lehtiä, erityisesti niiden katsausartikkeleita. Käsikirjat, hoito-oppaat ja oppikirjat perustuvat samoin alkuperäistutkimusten yhteenvetoihin.

Katsausten ja yhteenvetojen laatu on vaihdellut melkoisesti. Niiden tekijät tuntevat kyllä alansa keskeisen kirjallisuuden hyvin, mutta merkittävimpien alkuperäistutkimusten tunteminen ei kuitenkaan riitä takaamaan tiedon ajantasaisuutta. Suuria monikeskus-tutkimuksia järjestetään harvoin; useimmiten tieto syntyy kumulatiivisesti. Pienten, huolellisesti tehtyjen tutkimusten löytäminen vie aikaa ja niiden tulosten yhdistäminen on usein hankalaa. Vain harva katsauksen laatija on kyennyt kokoamaan yhteen kaikkien luotettavasti tehtyjen tutkimusten tulokset.

Ei olekaan ihme, että eräiden hyödyllisten hoito-muotojen yleistyminen on saattanut lykkääntyä hyödyn osoittamisen ajankohdasta jopa vuosikymmenen päähän. Esimerkiksi tehokkaaksi osoitettu sydäninfarktin liuotushoito puuttui useista alan amerikkalaisten huippuklinikoiden tuoreista hoitosuosituksista. Joitakin hoitoja taas on suositeltu ja käytetty vielä kauan sen jälkeen, kun ne on tutkimuksella osoitettu tuloksettomiksi tai jopa haitallisiksi (esim. lidokaiini infarktin rutiinihoidossa).

### Olipa kerran Oxfordissa

Cochrane-yhteistyön tavoitteena on koota tiedot kaikista lääketieteellisistä tutkimuksista, joissa on luotettavilla menetelmillä arvioitu ehkäisyn, hoidon tai kuntoutuksen vaikuttavuutta. Brittiläisen lääkäri Archie Cochranen ajatusten mukaan käynnistettiin Oxfordissa 1970-luvulla ensimmäinen projekti, joka kokosi yhteenvedot kaikista raskauden ja synnytyksen hoitoon liittyvistä toimenpiteistä. Työ valmistui 1989, ja tietoja päivitetään puolivuosittain uusilla tutkimustuloksilla (200-300 julkaisua vuodessa). Ryhmässä on 30 jäsentä neljästä maanosasta ja näiden keskuudestaan valitsema kuusihenkinen toimitus. Tietokanta, johon hyväksytään mukaan vain kontrolloidut sokkoistetut tutkimukset, on käytössä monissa sairaaloissa ympäri maailman.

Vuonna 1993 päätettiin tämä työläs, mutta hyödyllinen hanke laajentaa koko lääketieteen alueelle. Uusia katsausryhmiä on sittemmin syntynyt parikymmentä ja saman verran on suunnitteilla. Koordinaatiota varten perustettiin Cochrane-keskukset, joita on nyt seitsemän.

Päällekkäisyyksien välttämiseksi tehty ja tekeillä olevat hankkeet kirjataan omaan rekisteriinsä. Vuosit-tain julkaistaan tuhansia satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimuksia, jotka kerätään yhteiseen tietopankkiin kaikkien käytettäväksi. Jo julkaistujen töiden lisäksi on mahdollista seurata myös eri puolilla maailmaa meneillään olevia tutkimuksia. Asiantuntijoille ja työhön mukaan tulijoille järjestetään koulutusta ja kehitetään ohjeita sekä ohjelmistoja katsausten tekemistä varten.

## **Työtä riittää, tekijöitä tarvitaan**

Norjan, Tanskan ja Islannin lääkirilehtien läpikäy-minen alkoi vuonna 1993. Vastikään ovat löytyneet halukkaat lukijat Japanin ja Intian lehdille, ja joidenkin suurten amerikkalaisten lehtien toimittajat ovat itse halunneet käydä oman lehtensä vuosikerrat läpi - 1800-luvulle asti! Tuhannet vuosikerrat odottavat silti edelleen lukijaansa. Seulonnan tuloksena on usein todellisia löytöjä: maailman ensimmäinen satunnaistettu tutkimus, joka osoitti äidin vuodelevon hyödylliseksi kaksosraskauksien hoidossa, löytyi afrikkalaisesta 70-luvun julkaisusta.

Cochrane-toiminta on saanut varovaisen myönteiset arviot Atlantin molemmilta puolilta. Yhden ainoan lääketieteen alueen tietokannan laatiminen tosin kesti toistakymmentä vuotta, mutta jatko lienee helpompi. Valmiiden menetelmien avulla vastaavat tietokannat muille aloille saadaan syntymään ensimmäistä sukke-lammin.

Cochrane-yhteistyön ratkaistavana on vielä useita pulmia. Kaikkia hoitoja ei ole arvioitu eikä aina edes voida tutkia satunnaistetuin kokein. Katsausten kokoamiseen käytetään siksi myös epidemiologista ja historiallista tietoa. Tietokannat on koottu kaikkialla maailmassa tehdyistä tutkimuksista; vaikka niiden tieteellinen pitävyys on hyvä, ne painottuvat runsaasti tutkimusta tuottavien maiden englanninkielisiin julkaisuihin. Seurantaa halutaankin laajentaa pienille kielialueille, kuten Skandinavian maihin.

Ryhmät syntyvät yksittäisten lääkärien aloitteesta, ja moderni viidakkorumpu etsii yhteistyökumppaneita muutaman kuukauden ajan. Sana kulkee sähköpostin, lääkärijärjestöjen, yliopistojen, lehtien, Cochrane-keskusten ja työssä jo mukana olevien kautta eteenpäin, kunnes koossa on kylliksi väkeä ryhmän perustavaan tapaamiseen.

Keskusten lisäksi nousee myös katsauksia laativia työryhmiä kuin sieniä sateella. Raskauteen ja synnytykseen keskittynyt vanhin ryhmä jatkaa toimintaansa; siitä on silmikoitunut erilleen vastasyntyneiden hoidon ryhmä. Perusterveydenhuollon ryhmä on toiminut vuoden verran. Muiden toimintaansa aloittelevien ryhmien aiheita ovat aivohalvaus, akuutit hengitystietulehdukset, astma, dementia, depressio, diabetes, epilepsia, loistaudit, selkäkipu, tulehdukselliset suolistotaudit, vammat ja haavat.

## **Pohjoista yhteistyötä vuodesta 1993**

Pohjoismainen Cochrane-keskus aloitti toimintansa lokakuussa 1993 Kööpenhaminan Rigshospitalissa. Sen toiminta-alue käsittää Pohjoismaat ja Baltian. Keskus toimii yhteistyössä STAKESin (Suomi), SBU:n (Ruotsi), SPRIn (Ruotsi), Oslon yliopiston ja Tanskan terveysministeriön kanssa ja saa rahoitusta osaksi EU:n Biomed-ohjelmasta. Keskus on järjestänyt työkokouksia katsausten laatijoille ja aloitteleville katsausryhmille. Pohjoismaisia osallistujia on ainakin hepatologian, gastroenterologian, reumatologian, psykiatrian, aivohalvauksen, astman, dementian, diabeteksen, tuberkuloosin, ylähengitystietulehdusten ja perusterveydenhuollon ryhmissä.

Jokaisessa Pohjoismaassa on yhteyshenkilö, joka välittää yhteyksiä katsausryhmiin, koordinoi maan omankielisten lehtien käsinhakuja ja tarjoaa muita tietoja toiminnasta. Pohjoismaisen keskuksen erityisen kiinnostuksen alueena on tutkimusten metodologinen arviointi, erityisesti tilasto harhat ja lumevaikutukset.

## **Sekä tiedot että tiedottamisvälineet ajantasaisiksi**

Cochrane-katsausten suunnitellaan olevan tulevaisuudessa saatavilla korpuilla, rompuilla, painettuina ja online-versiona todennäköisesti Internet-verkon kautta. Saavuttaako uusi, varmemmalla pohjalla oleva tieto sitten todella potilaan?

Kunkin maan työympäristö, arvot ja perinne asettavat ne kehykset, joissa hoidot valitaan. Vaikka eri hoitojen teho opitaankin tuntemaan paremmin, hoitokäytäntöjen erot tuskin häviävät kokonan. Hoitavat lääkärit tekevät ratkaisunsa aina yksilöllisen potilaansa parhaaksi, omassa työyksikössään, omien resurssiensa varassa.

Tietokannat eivät tuota valmiita ratkaisuja, mutta ne voivat helpottaa hoitopäätöksiä ja auttaa meitä auttamaan potilasta. Yhteinen ongelma on hoitomene-telmien nopea muuttuminen - parhaatkin suositukset vanhenevat pian. Niiden uusiminen on lähes yhtä työlästä kuin ensi laatiminen.

Dosentti Marjukka Mäkelä, joka toimii STAKESin Palvelut ja laatu-yksikössä kehittämisspäällikkönä on Suomen Cochrane-yhteyshenkilö.

Tel (90) 3967 2290, Fax (90) 3967 2227

[Marjukka@stakes.fi](mailto:Marjukka@stakes.fi)

**Edellinen**

**Alkuun**

**Seuraava**



Anna-Liisa Kauppila

## Konsensuskokoukset terveydenhuollon arvioinnin menetelmänä

Konsensuskokous on julkinen, tieteellinen kokous. Sen tehtävänä on tuottaa kannanotto, joka voisi toimia käytännön toimintaohjeena terveydenhuollossa ja toisaalta kiinnittää huomiota lisätutkimusta tarvitseviin aiheisiin. Konsensuskokouksia on luonnehdittu tieteellisiksi tuomioistuimiksi, joissa paneeli kuuntelee asiantuntijoita ja yleisöä, tekee kysymyksiä ja antaa lopuksi lausuntonsa esitetyn tieteellisen ja kokemusperäisen tiedon pohjalta.

Kokousten tavoitteena on arvioida terveydenhuollon menetelmiä tieteellisistä lähtökohdista ja tarkastella hoidon tai muun toiminnan vaikutuksia potilaalle ja yhteiskunnalle mahdollisimman laajasti. Siten eettiset, taloudelliset ja sosiaaliset seuraamukset ovat arvioinnin kohteina turvallisuuden ja vaikuttavuuden ohella.

Konsensuskokousmalli on kehitetty Yhdysvalloissa, jossa National Institutes of Health on järjestänyt niitä vuodesta 1977 lähtien. Kokouksia on sittemmin järjestetty säännöllisesti mm. Iso-Britanniassa, Hollannissa ja Pohjoismaissa, joissa mallia on sovellettu kunkin maan terveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Ei ole harvinaista, että jokin teema on samanaikaisesti esillä eri maiden kokouksissa (esim. kolesterolin vaikutukset, skitsofreniapotilaan hoito, osteoporoosi ja rintasyövän hoito). Konsensuskokouksista onkin muodostunut ristiriitaisiin teknologioihin hyvin soveltuva arviointimenetelmä.

### Tavoitteena vuorovaikutus ja hoitosuositus

Konsensuskokousten tavoitteena on edistää tutkijoiden ja kliinistä työtä tekevän terveydenhuoltohenkilökunnan, sekä muiden päätöksentekijöiden ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. Tällä pyritään toisaalta nopeuttamaan uusimpien tutkimustulosten soveltamista käytäntöön toisaalta poistamaan tarpeettomaksi tai haitalliseksi todettuja menetelmiä sekä yhdenmukaistamaan erilaisia toimintamalleja sekä arvioimaan näiden vaikutuksia potilaalle ja yhteiskunnalle.

Terveydenhuoltojärjestelmä joutuu jatkuvasti arvioimaan toimintaansa ja harjoittamiaan menetelmiä resurssien rajallisuuden vuoksi. Erityisiä ongelmia syntyy tilanteissa, joissa tutkimustulokset ovat riittämättömiä tai keskenään ristiriitaisia ja kyseessä on kansanterveyden kannalta merkittävä terveysongelma. Lisäksi suuren yleisön osoittama julkinen mielenkiinto saattaa pyrkiä vaikuttamaan tehtäviin ratkaisuihin. Missä vaiheessa ja miten uutta teknologiaa voidaan ryhtyä soveltamaan, riittävätkö resurssit, ovatko kaikki uuden menetelmän vaikutukset tunnettuja, ovat kysymyksiä, jotka

saattavat johtaa siihen, että hoitokäytännöt eroavat toisistaan tai uutta tietoa ei sovelleta käytäntöön.

## **Lausumassa esiin sekä ristiriidat että yksimielisyyden taso**

Konsensuskokouksen tehtävänä on tuottaa kannanotto, konsensuslausuma, joka vastaa kysymyksiin, jotka liittyvät teknologian käyttöönottoon tai siitä luopumiseen, sen vaikutuksiin ja kustannuksiin. Konsensuslausumaa voidaan käyttää terveydenhuollon käytäntöjen yhdenmukaistamiseen ja ohjaamiseen kokouksessa yhteisesti, laajalla yksituumaisuudella sovittuun suuntaan. Konsensuskokouksen kannanoton laatineen paneelin odotetaan sitoutuvan antamaansa kannanottoon ja osaltaan vaikuttavan annettujen suositusten levittämiseen. Konsensuslausuma ei kuitenkaan ole minkään virallisen tahon suositus, vaan kokouksen osanottajien ja paneelin jäsenten henkilökohtainen, yhteisesti kokouksen aikana muodostettu kannanotto.

Konsensuslausuman oletetaan muodostuvan ohjeistoksi, joka on hyväksyttävissä laajalti, koska se perustuu huolellisesti koottuun taustamateriaaliin ja tieteellisiin alustuksiin sekä niiden pohjalta käytyyn julkiseen keskusteluun ja ongelmien avoimeen ja monipuoliseen tarkasteluun. Konsensuslausumassa todetaan myös kiistanalaiset kysymykset ja se yksimielisyyden taso, joka on voitu kokouksessa saavuttaa, samoin esitetään ongelmat, joihin ei löydy riittävästi tutkimustietoa ja joita ei siten voida ratkaista tieteellisin perustein.

## **Kokouksen osapuolet: paneeli, asiantuntijat ja yleisö**

Konsensuskokouksen osapuolia ovat paneeli, jonka tehtävänä on kirjoittaa konsensuslausuma, asiantuntijat, jotka valmistelevat kokoukselle tieteelliset esitelmät ja muun taustamateriaalin sekä yleisö, joka koostuu sekä alan asiantuntijoista että päätöksentekijöiden ja potilaiden edustajista. Konsensuskokouksen paneelin tehtävänä on tuottaa ja kirjoittaa konsensuslausuma kokouksen kahden ensimmäisen päivän aikana. Paneelin kokoonpanossa pyritään siihen, että se edustaa monipuolista, korkeatasoista asiantuntemusta ja kokemusta kokouksen aihepiiristä, olematta kuitenkaan ennalta sitoutunut kannanottoihin, jotka edustaisivat ristiriitaisia näkökulmia käsiteltävään asiakokonaisuuteen. Paneeliin pyritään saamaan myös potilaiden edustus. Kokoukseen kutsutaan asiantuntijoita, jotka mahdollisimman hyvin edustavat kaikkia niitä näkökantoja ja erilaisia tutkimustuloksia, joita käsiteltävän asian suhteen on esiintynyt. Konsensuskokouksesta ja kannanotosta pyritään tiedottamaan laajasti ja levittämään sitä kokouksen jälkeen asianomaisille tahoille.

## **Mitä? Milloin?**

Kokouksen aiheen valintaan vaikuttavat sen kansanterveydellinen ja lääketieteellinen merkitys, siihen liittyvät tieteelliset ristiriidat, joita konsensuskokouksen katsotaan voivan selventää, alueittain vaihtelevat hoitokäytännöt, viive uusimpien tutkimustulosten soveltamisessa ja aiheen herättämä julkinen kiinnostus.

Kokouksen ajoitus on myös tärkeä seikka, jota aiheen valinnassa pohditaan. Kokousta ei pidä järjestää liian varhaisessa uuden teknologian käyttöönottovaiheessa eikä toisaalta enää silloin, kun uusi teknologia on jo johdonmukaisesti leviämässä käytäntöön.

## **Suomessa seitsemän kokousta vuodesta 1985**

Konsensuskokoukset ovat vakiintuneet osaksi terveydenhuollon arviointimenetelmiä Yhdysvalloissa ja useissa Euroopan maissa. Myös Suomessa kokoukset ovat herättäneet kiinnostusta ja muodostuneet yhdeksi keinoksi arvioida terveydenhuollon menetelmiä ja tarkastella tieteellisiä ja muita ristiriitoja tai puutteita, jotka heijastuvat kliinisessä työssä hoitokäytäntöjen vaihteluna.

Suomen Akatemia on järjestänyt vuodesta 1985 alkaen konsensuskokouksia. Kokouksia on ollut kaikkiaan seitsemän ja aiheina ovat olleet:

- **äkillisen välikorvantulehduksen hoito,**
- **skitsofrenian hoito,**
- **veren kolesteroli ja sepelvaltimotauti,**
- **rintasyöpäpotilaan hoidon kehittäminen,**
- **osteoporoosin ehkäisy ja hoito,**
- **eturauhassyövän hoito sekä**
- **depression tunnistaminen ja hoito.**

Viimeisimmät kokoukset Suomen Akatemia on järjestänyt yhteistyössä Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin kanssa. Yhteistyössä STAKESin kanssa on järjestetty yksi state-of-the-art tyyppinen kokous, joka rakentui konsensuskokouksen mallille, aiheena oli terveydenhuollon valinnat. Kokouksen aiheita on tiedusteltu terveydenhuollon asiantuntijoilta ja tutkijoilta. Viimeksi kysely tehtiin syksyllä 1994 ja vastauksia saatiin useita kymmeniä. Seuraavan kokouksen aihe on suunnitteilla ja Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen toimikunta päättäneen siitä vielä lähiaikoina. Konsensuskokoukset ovat tavoittaneet varsin suuren yleisön. Kokouksen osanottajia on jouduttu joskus rajoittamaan ja yllätykseksi on muodostunut se suuri joukko yleisöä, joka on osallistunut koko kaksi- ja puolipäiväiseen kokoukseen.

## **Suhtautuminen ja vaikutus vaihtelevat**

Vaikuttavatko konsensuskokoukset hoitokäytäntöihin ja suuntaavatko ne tutkimusta toivottuun suuntaan? Konsensuskokousten vaikutuksista on vain vähän tutkimuksia ja niidenkin tulokset ovat ristiriitaisia! Suoranaista vaikutusta hoitokäytäntöihin on vaikea mitata. Hoitokäytännöt voivat olla jo muuttumassa kokouksen käynnistyessä, mutta konsensuskokous voi silloinkin lisätä valmiutta muutokseen ja nopeuttaa sitä tai muutos olisi toteutunut ilmankin kokousta. Silloin kun kannanotto ei suosittale uuden teknologian käyttöönottoa, tuottaa myös ongelmia mitata, vaikuttiko kokous vai käytössä olevat resurssit päätökseen. Toisaalta, vaikka muutokset välittömästi kokouksen jälkeen voivat olla pieniä, niiden merkitys voi silti olla suuri hoitojen yhtenäistäjänä pidemmällä aikavälillä.

Konsensuskokous, vaikka tunnistetaankin tietystä kokousmallista, on joka kerta hieman erilainen. Konsensuslausumat vaihtelevat samoin kuin niiden kohderyhmät kokousten aiheen ja tavoitteiden mukaan. Kokousmallia kehitetään edelleen ja tavoitteena on järjestää yksi kokous ainakin kerran vuodessa. Erityistä merkitystä konsensuskokouksilla voidaan nähdä nyt, kun valtakunnallista hoitokäytäntöjen ohjausta ei enää ole millään virallisella taholla.

VTK Anna-Liisa Kauppila, tiedesihteeri, Terveystutkimuksen toimikunta, Suomen Akatemia

Tel (90) 7748 8332, Fax (90) 7748 8299

[aka@aka.fi](mailto:aka@aka.fi)

**Edellinen**

**Alkuun**

**Seuraava**

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

## Muut lehdet

### TERVEYSTALOUSTIETEELLISISSÄ LEHDISSÄ 1992-1994 JULKAISTUJA TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINTEJA

Tällä palstalla listataan terveydenhuollon menetelmien arviointeja, jotka on julkaistu (terveys) taloustieteellisissä lehdissä, sillä tällaiset lehdet eivät ainakaan toistaiseksi ole kovin tunnettuja terveydenhuollon henkilöstön piirissä.

---

Cairns J, Shackley P. Sometimes sensitive, seldom specific: A review of the economics of screening. *Health Economics* 2, 1993, 43-53.

Cook J, Richardson J, Street A. A cost utility analysis of treatment for gallstone disease: Methodological issues and results. *Health Economics* 3, 1994, 157-168.

van Hout B, Bonsel G, Habbema P et al. Heart transplantation in the Netherlands: Costs, effects and scenarios. *Journal of Health Economics* 12, 1993, 73-93.

Jefferson T, Demichelli V. Is vaccination against hepatitis B efficient? A review of world literature. *Health Economics* 3, 1994, 25-37.

Klausen LM, Olsen TE, Risa AE. Technological diffusion in primary health care. *Journal of Health Economics* 11, 1992, 439-452.

Sculpher MJ, Buxton MJ, Ferguson BA et al. Screening for diabetic retinopathy: A relative cost-effectiveness analysis of alternative modalities and strategies. *Health Economics* 1, 1992, 39-51.

Whynes DK, Walker AR, Hardcastle JD. Cost savings in mass population screening for colorectal cancer resulting from the early detection and excision of adenomas. *Health Economics* 1, 1992, 53-60.

## Näköpiirissä

### Vieras Australiasta

Australialainen terveystaloustieteilijä Jeff Richardson saapuu Suomeen ja kuulemme häntä Helsingissä kesäkuun 8. päivänä järjestettävässä tilaisuudessa. Lisätietoja FINOHTAn toimistosta.

### Kokouksia Tukholmassa

ISTAHC kokoontuu Tukholmassa kesäkuun 4. - 7. päivänä. Samassa yhteydessä pitää kokouksensa myös INAHTA. Kerromme kuulumiset seuraavassa lehdessämme. Mitä näiden nimilyhenteiden takana on, siitä ohessa lyhyesti [seuraavassa](#).

---

Edellinen

Alkuun

Seuraava

## Esittelyssä

The **I**nternational **S**ociety of **T**echnology **A**ssessment in **H**ealth **C**are (**ISTAHC**) perustettiin USA:ssa 1986 edistämään tutkimusta, koulutusta, yhteistyötä, edistämään tiedonvaihtoa terveydenhuollon menetelmien kliinisistä ja sosiaalisista seuraamuksista sekä edistämään menetelmien optimaalista käyttöä. Järjestö pyrkii tavoitteisiinsa järjestämällä työkokouksia ja konferensseja sekä julkaisemalla tiedotuslehteä. Järjestö on henkilöjäsenjärjestö. Vuoden 1994 jäsenluettelon mukaan jäseniä on 40 maasta. Kaikkiaan jäseniä on noin 900. Suomesta järjestöön kuuluu 15 henkeä. Vuosikokoukseen osallistuu yleensä noin 400 henkeä.

The **I**nternational **N**etwork of **A**gencies for **H**ealth **T**echnology **A**ssessment (**INAHTA**) on varsin uusi verkosto. Se perustettiin vuonna 1993 Ranskassa. INAHTAn tarkoitus on muotoutua menetelmien arviointiyksiköiden yhteiseksi foorumiksi. Yhteisö on avoin kaikille niille kansallisesti tunnustetuille TA-yksiköille, joiden rahoituksesta aikakin puolesta vastaa julkinen sektori. FINOHTAssa harkitaan liittymistä tähän verkostoon, koska eri maiden kansallisten arviointiyksiköiden yhteistyö ja tiedonvaihto tulee jatkossa olemaan keskeinen toimintamuoto. Tällä hetkellä verkostoon kuuluu alla luetellut 16 eri terveydenhuollon menetelmien arviointitoimintaa harjoittavaa yhteisöä yhdeksästä eri maasta.

- *Australia:* Australian Institute of Health and Welfare (**AIHW**) ja Australian Health Technology Advisory Committee
- *Englanti:* NHS Centre for Reviews and Dissemination
- *Espanja:* Evaluaci3n de Tecnologias Sanitarias (**Osteba**) ja Catalan Agency for Health Technology Assessment (**CAHTA**)
- *Hollanti:* TNO Health Research ja Health Council of the Netherlands
- *Kanada:* Canadian Coordinating Office fo Health Technology Assessment (**CCOHTA**) ja Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (**CETS**)
- *Ranska:* Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (**ANDEM**) ja Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques (**CEDIT**)
- *Ruotsi:* Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (**SBU**)
- *Sveitsi:* Swiss Public Health Institute
- *USA:* Office of Technology Assessment-Congress of the U.S. (OTA) ja Office of Health Technology Assessment (**OHTA**)





## Mitä se on?

Tällä palstalla esitellään terveydenhuollon menetelmien arviointitoimissassa esiintulevia käsitteitä.  
Lähde: Lääketieteen teknologian arviointi. Toimenpidesuosituksset ja katsaus nykytilanteeseen Suomessa, Suomen Akatemia 1986

---

### **Lääketieteellinen teknologia=terveydenhuollon menetelmät**

Lääketieteellinen teknologia tarkoittaa kaikkia niitä ehkäiseviä, diagnostisia, hoitavia ja kuntouttavia menetelmiä ja keinoja, joita terveydenhuollossa käytetään. Niihin kuuluvat lääketieteelliset toimenpiteet, lääkkeet ja laitteet, joita terveydenhuollossa käytetään sekä ne organisatoriset ja hallinnolliset tukijärjestelmät, joiden puitteissa ehkäisy, diagnostisointi, hoito ja kuntoutus tapahtuu.

### **Teho = efficacy**

Missä määrin saadaan aikaan toivottuja vaikutuksia ihanteellisissa olosuhteissa: jos teknologia/ menetelmä ei toimi suotuisissa olosuhteissa ei sen voi odottaa toimivan muissakaan olosuhteissa.

### **Vaikuttavuus = effectiveness**

Missä määrin yleensä saadaan aikaan toivottuja vaikutuksia rutiininomaisissa, jokapäiväisissä olosuhteissa. Teknologia/metelmä, jonka teho on osoitettu ihanteellisissa olosuhteissa voi silti osoittautua varsin huonoksi vaikuttavuudeltaan.

### **Tehokkuus = efficiency**

Teknologian/metelmän vaikuttavuuden ja teknologiaan liittyvien uhrausten/kustannusten suhde. Oikeuttavatko odotettavissa olevat terveyshyödyt ne kustannukset, joita ko.teknologiaan investoidaan?

---

**Edellinen****Seuraava****Alkuun**

## Muiden arviointiyksiköiden julkaisuja

### SBU (Ruotsi):

Ruotsiksi (R) ja englanniksi (E) saatavat raportit:

- Coronary artery bypass graft and percutaneous transluminal coronary angioplasty. A literature review and rating of appropriateness and necessity. 1994 (E)
- Trafikolycksfall-akut omhändertagande och rehabilitering. (1993-94) (R)
- Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices. 1993 (E)
- Retinopati vid diabetes- värdet av tidig upptäckt. 1993. (R)
- PCR - en teknik för gendiagnostik. 1993 (R)
- Stroke. 1992 (R, E)
- Magnetisk resonanstomografi. 1992. (R)
- Percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA. 1992 (E)
- Critical analysis in medicine. 1991 (E)
- Prioritization and rationing in health care-trends in U.S.A. 1991 (E)
- Epilepsikirurgi. 1991 (R)
- Benmärgstransplantation. 1991 (R)
- Ont i ryggen-orsaker, diagnostik och behandling. 1991 (R)
- Stötvågsbehandling av njursten och gallsten. 1990 (R)
- Kärlkirurgi vid åldersförkalkning i benen. 1990 (R)
- Gastroskopi-vid utredning av ont i magen. 1990 (R)
- Medicinska metoder i behov av utvärdering-en enkätstudie. 1989 (R)
- Benförankrade omplantat i huvud- och halsregionen . 1989 (R, E)
- The problem of back pain: proceedings from a conference. 1989-1990 (R,E)
- Preoperative routines. 1989 (R, E)
- Evaluating medical technology and the efficacy of health care. 1988-1989 (E,R)

### ANDEM (Ranska):

Raportit ovat ranskaksi. Jotkut abstraktit saatavissa ANDEMistä englanniksi

- Therapeutic use of cyclotrons in cancer treatment. 1995
- Autism. 1994
- Cochlear Implants. 1994
- Laparoscopic surgery spreading in France: Economic Issues. 1994
- Laparoscopic surgery in gynecology. 1994
- Laparoscopic surgery in the digestive tract. 1994
- Endoscopic ultrasonography of the digestive tract. 1994

- Evaluation of the new Percutaneous Transluminal Angioplasty Technologies for the Treatment of Atherosclerotic Peripheral Vascular Diseases (Legs). 1993
- Evaluation of the Bone Marrow Transplant. 1993
- Dental Implants. 1993
- Evaluation of the application of continuous nasal pressure in the treatment of sleep obstructive apnea syndrome. 1992
- Foetal telemonitoring. 1992
- New techniques of coronary angioplasty. 1992 (updated in 1994)
- Evaluation of the laser excimer in ophthalmology. 1992
- Evaluation of the pre-operative work-up. 1992
- Screening of the HIV antigens in blood transfusion. 1991
- Evaluation of bone mineral density measurement. 1991
- Treatment of adenoma of the prostate by hyperthermia. 1991
- Prevention of the post-transfusion non A non B hepatitis. 1991

## OTA(USA)

- Identifying health technologies that work: searching for evidence. 1994
- Public information about osteoporosis: what's available, what's needed? 1994
- Managed care and competitive health care markets: The Twin cities experience-background paper. 1994
- The continuing challenge of tuberculosis. 1993
- Benefit design in health care reform: clinical preventive services. 1993
- Pharmaceutical R&D: costs, risks and rewards. 1993
- Evaluation of the Oregon Medicaid proposal. 1992
- Biotechnology in a global economy. 1991
- Cost and effectiveness of colorectal cancer screening in the elderly. 1990
- Confused minds, burdened families: finding help for people with Alzheimer's and other dementias. 1990
- Costs and effectiveness of cholesterol screening in the elderly. 1989
- Quality of medical care: information for consumers. 1988

**Edellinen**

**Seuraava**

**Alkuun**

## Toimitus:

**FINOHTA** (The Finnish Office for Health Care Technology Assessment)

STAKES

Siltasaarencatu 18

PL 220

00531 HELSINKI

Vastaava toimittaja:

Virpi Räisänen, kehittämisspäälikkö

Tel (90) 3969 2298

Fax (90) 3967 2227

[virpi.raisanen@stakes.fi](mailto:virpi.raisanen@stakes.fi)

---

**Edellinen**

**Alkuun**

**Seuraava**